UNIVERSITE D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER
ANNÉE 1940 — N° 64

Résultats éloignés de la Splanchnicotomie unilatérale pour dolichocôlon de l'adulte

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 9 Novembre 1940

par

SAURAT JEAN

Né le 2 Décembre 1911 à MOSTAGANEM (Oran)

JURY

MM. COSTANTINI, *Professeur de Clinique chirurgicale* — Président

LOMBARD, *Professeur de Clinique chirurgicale infantile et d'Orthopédie*.....

FERRARI, *Agrégé* (Chirurgie).....

GOINARD, *Agrégé* (Chirurgie)..... — Juges

Imprimerie S. CRESCENZO 8, Rue Drouillet ALGER Nord-Africaine

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1940 — N° 64

Résultats éloignés de la Splanchnicotomie unilatérale pour dolichocôlon de l'adulte

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 9 Novembre 1940

par

SAURAT JEAN

Né le 2 Décembre 1911 à MOSTAGANEM (Oran)

JURY

MM. COSTANTINI, *Professeur de Clinique chirurgicale* — Président

LOMBARD, *Professeur de Clinique chirurgicale infantile et d'Orthopédie*

FERRARI, *Agrégé* (Chirurgie)

GOINARD, *Agrégé* (Chirurgie)

— Juges

Imprimerie S. CRESCENZO 8, Rue Drouilhet ALGER Nord-Africaine

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen	MM. GILLOT (I. ✪).
Doyen honoraire	LEBLANC (✻, ⚷, I. ✪).
Assesseur	COSTANTINI (O. ✻, ⚷, I. ✪).

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. AUBRY (O. ✻, ⚷, I. ✪).
Hygiène, hydrologie et climatologie	BENHAMOU (O. ✻, ⚷, I. ✪).
Histologie et Embryologie	BENOIT (I. ✪).
Clinique gynécologique	CABANES (✻, ⚷, I. ✪).
Clinique chirurgicale	COSTANTINI (O. ✻, ⚷, I. ✪).
Botanique et matière médicale	FOURMENT (I. ✪, ❁, O. ✻).
Chimie biologique et médicale	GIBERTON (✻, A. ✪).
Clinique médicale et hygiène infantile	GILLOT (I. ✪).
Clinique obstétricale et puériculture du premier âge	LAFFONT (O. ✻, ⚷, I. ✪).
Clinique thérapeutique médicale	LEBON (O. ✻, ⚷, I. ✪).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOMBARD (✻, ⚷, I. ✪).
Anatomie pathologique	MONTPELLIER (I. ✪).
Pharmacie	MUSSO (✻, I. ✪).
Bactériologie	PINOY (✻, I. ✪).
Clinique psychiâtrique	POROT (I. ✪).
Physique médicale	PORTES (✻, ⚷, I. ✪).
Clinique de maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	RAYNAUD (✻, ⚷, I. ✪).
Parasitologie et zoologie médicale	SENEVET (✻, ⚷, I. ✪).
Clinique ophtalmologique	TOULANT (✻, ⚷, I. ✪).
Physiologie	TOURNADE (O. ✻, ⚷, I. ✪).
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	WUNSCHENDORFF (I. ✪).
Anatomie	N...
Médecine légale	N...

PROFESSEURS HONORAIRES

M. ARGAUD (✻, ⚷, I. ✪).
M. COURRIER (✻, ⚷, I. ✪).
M. WEBER (✻, ⚷, I. ✪).
LEBLANC (✻, ⚷, I. ✪).

PROFESSEURS SANS CHAIRE

M. HOUEL (✻, ⚷, I. ✪), agrégé pérennisé (chargé de l'enseignement des élèves sages-femmes).

M. de RIBET (✻, ⚷, I. ✪), agrégé pérennisé (Anatomie).

CHARGES DE COURS

Clinique d'oto-rhino-laryngologie . . . M. H. ABOULKER (✻, ⚷, I. ✪).

AGREGE LIBRE CHARGE D'UN COURS SANS LIMITE DE TEMPS

Chirurgie . . . M. FERRARI (✻, I. ✪).

AGREGES

Accouchements	MM. JAHIER.
Médecine	LACROIX (A. ✪).
	THIODET (⚷).
	SARROUY (✻, ⚷).
Histologie	KEHL.
Chirurgie	SABADINI (A. ✪).
	GOINARD.
	CURTILLET.
Anatomie pathologique	N...
Anatomie	N...
Chimie médicale	ETTORI (A. ✪).
Histoire naturelle pharmaceutique	ROQUES (A. ✪).
Physiologie	N...
Pharmacie	MONNET.

AGREGES LIBRES

Physiologie	MM. BATTEZ.
Chirurgie	DUBOUCHER (I. ✪).

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

Je dédie cette Thèse

A TOUS LES MIENS QUI NE SONT PLUS

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

Le souvenir de sa pureté et de son courage devant la mort honorent sa mémoire. Que je sois digne de lui.

A MA MERE ET A MON PERE

Je leur dois tout : Hier et Demain.

Je sais que ma carrière leur est chère : elle est toute leur ambition.

Je rends grâce à Dieu de m'avoir aidé à la réaliser.

Leur vie m'est un exemple.

Si je veux vivre digne, je n'ai qu'à le suivre.

A MA FEMME ET A MA FILLE

A MA FAMILLE

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur COSTANTINI

Professeur de Clinique chirurgicale

Nous le remercions du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence du Jury de notre Thèse.

En lui témoignant toute notre reconnaissance pour la bienveillante sollicitude qu'il nous a toujours témoignée au cours de notre Internat, nous le prions de croire à notre très respectueuse admiration.

A NOS MAITRES ET JUGES

Monsieur le Professeur LOMBARD

Notre passage à la Clinique chirurgicale infantile figure notre premier stage d'Externe. C'est assez dire combien nous resterons empreint du souvenir de ces premières leçons.

Qu'il veuille accepter l'hommage de notre respectueux dévouement.

Monsieur le Professeur FERRARI

Nous le remercions très vivement de la bienveillance et de la confiance qu'il nous a sans cesse témoignées.

Nous avons été deux fois son Interne, et nous garderons comme précieux le souvenir de son enseignement et de sa paternelle sollicitude.

Nous sommes très sensible à l'honneur qu'il nous fait, de juger notre thèse.

Monsieur le Professeur GOINARD

Nous lui devons le choix et la conduite de cette thèse.

Nous lui devons des conseils de technique inestimables.

Nous lui devons bien des marques de sollicitude.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre très sincère reconnaissance.

A NOS MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

MM. LES PROFESSEURS
GILLOT, AUBRY & CURTILLET.

MM. LES DOCTEURS
VERGOZ & LIARAS.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LE GENISSEL

Electro-radiologiste des Hôpitaux

Nous devons à son aimable et généreuse contribution d'avoir pu examiner tous nos malades à la radiographie.

Qu'il accepte, avec tous nos remerciements, ce témoignage sincère de notre reconnaissance.

A MES CONFERENCIERS
D'EXTERNAT ET D'INTERNAT

A MES ANCIENS PROFESSEURS
DU COLLEGE DE MOSTAGANEM

MM. THÉRON *(In memoriam)*

L. BOURREL, ET L. ROMIEU

En souvenir de l'intérêt qu'ils nous ont porté.

A Monsieur le Professeur LERICHE

Professeur au Collège de France

qui nous a fait le très grand honneur de faciliter notre tâche en nous soumettant la thèse d'un de ses élèves.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre gratitude et très déférente admiration.

Introduction

Connu depuis longtemps, comme en attestent les mémoires du Duc de Saint-Simon (cas de Richelieu et de Louis XIV), le dolichocôlon reste néanmoins une acquisition récente en nosologie. CHIRAY *lui a consacré une importante monographie en 1931 avec* LOMON *et* WHAL; LARDENNOIS *et* AUBOURG *avaient créé le terme en 1914.*

Il y a une question de terminologie délicate : nous employons dolichocôlon parce que nos malades correspondent à ce qu'a décrit CHIRAY, *et paraissent répondre à une entité différente de celle que décrivait* HIRSCHPRUNG *lorsqu'il a isolé le mégacôlon congénital. En donnant à ces termes une acception seulement clinique, nous n'entendons nullement prendre position dans le débat de nomenclature qui est ouvert depuis de longues années entre le méga et le dolichocôlon.*

En réalité, nous savons que, cliniquement, toutes les transitions s'observent entre dolicho et mégacôlon, et que, chez nos malades eux-mêmes, les modifications radiologiques mériteraient souvent la déno-

mination étymologique de dolichomégacôlon. Nous ne voulons envisager ici que le côté pratique, et point du tout le côté doctrinal.

Les cas, rapportés ici, concernent des adultes, en majorité indigènes, qui n'ont pas présenté de troubles durant l'enfance, qui ont été vigoureux, musclés, et qui accusent une hernie, des hémorroïdes, d'une altération sérieuse et profonde mais récente, datant de deux ou trois ans au plus, survenue dans leur état général. Ils souffrent de douleurs abdominales, de météorisme. Ils ont rapidement maigri, leur paroi abdominale distendue est devenue atonique, et ils présentent une constipation surprenante de six, huit, dix, et même douze jours.

Le cas se présente souvent, et l'on ne saurait assez insister pour recommander l'examen baryté devant tout syndrome abdominal, chez l'indigène, qui ne fait pas sa preuve.

La remarquable fréquence de cette anomalie nous est connue. Elle a fait l'objet de plusieurs thèses (Farny; Biancardini *à Alger*; Lannaux *à Lyon*), *et pour l'affirmer, nous ne nous basons pas seulement sur des arguments radiologiques qui montrent complaisamment trop de dolichocôlons. La base incontestable repose sur des constatations nécropsiques. Les recherches effectuées au Laboratoire d'Anatomie d'Alger par les Docteurs* Goinard *et* Torreil-

LES rapportent 17 cas de dolichocôlons sur 25 cadavres examinés au hasard. La fréquence de ces allongements, associés ou non à la dilatation côlique, n'est pas le seul fait révélé par ces autopsies : la coexistence quasi-constante des lésions de mésosigmoïdite, en particulier sur l'indigène, fut constatée. D'autre part, nous savons aussi la place prépondérante qu'occupe le volvulus dans les occlusions, pour étayer l'opinion que nous avançons de l'extraordinaire fréquence de cette anomalie en Afrique du Nord.

Disons tout de suite l'illusion d'un traitement médical chez l'indigène. Un essai loyal, longtemps prolongé, en a toujours été tenté, et c'est devant son échec que l'intervention a été décidée. Car on s'est efforcé de placer ces malades dans les meilleures conditions diététiques (Cf. Thèse Farny); le traitement classique rigoureusement appliqué n'apportait des améliorations si minimes que le médecin lui-même, devant l'amaigrissement, l'anorexie et l'hypotension artérielle, l'intoxication stercorémique croissante, avec l'inéluctable retentissement hépatique, confiait alors son malade au chirurgien (Obs. V).

Si la côlectomie segmentaire de Delore apportait une solution satisfaisante, malgré sa sécurité, malgré la simplification de ses suites, elle ne constituait pas moins une intervention sérieuse nécessitant une hos-

pitalisation prolongée et un anus temporaire gênant. Si elle reste une décision d'importance, elle constitue cependant un moyen technique de premier ordre.

Aussi devait-on accueillir d'enthousiasme la splanchnicotomie de Leriche, lorsqu'il la proposa en 1937 comme moyen de traitement. Elle s'offrait incomparablement « économique », en face de la côlectomie. Leriche, *en vérité, a associé à la splanchnicotomie une exérèse combinée de la chaîne sympathique lombaire.*

L'originalité de ce travail réside dans la publication de splanchnicotomies pures pratiquées une dizaine de fois par le Docteur Goinard. *Certaines ont déjà été l'objet de communications particulièrement intéressantes (Obs. III et V, in « Algérie Médicale » février 1939). Elles ont fait connaître l'avantage et la bénignité de cette opération souverainement simplifiée et mise au point, les résultats passionnants des suites immédiates. Elles autorisaient même l'espoir d'une transformation anatomique régressive. Il s'agissait bien, en fait, de replacer ces malades dans leurs conditions habituelles de vie, et de savoir si le bénéfice de l'opération se maintenait, s'élargissait, ou diminuait. C'est ce que nous nous sommes proposé d'apprécier.*

La plupart des opérés ont été revus et soigneusement examinés et interrogés. Nous devons aux

bouleversements de la guerre de n'avoir pu tous les joindre, et nous le regrettons : certains fournissaient peut-être de merveilleux exemples, témoin cet opéré du Professeur FERRARI, *pratique fidèle des consultations de gastro-entérologie, qui eut un résultat net au quatrième jour, résultat qui se maintint jusqu'à l'exeat.*

PLAN

Le plan que nous suivrons dans cette étude sera le suivant :

1° Nous dirons rapidement l'évolution de la technique dans l'historique des opérations sympathiques.

2° Nous rappellerons les bases anatomo-physiologiques qui légitiment ces interventions.

3° Ensuite, nous exposerons les résultats éloignés des opérations sympathiques (très succinctement) et des splanchnicotomies associées.

4° Les cas de splanchnicotomie unilatérale simple feront l'objet d'une étude plus détaillée.

5° L'interprétation des résultats obtenus nous amènera à entrevoir les indications de la splanchnicotomie.

6° Avant de conclure, nous donnerons quelques détails de technique.

Historique des Opérations Sympathiques

L'opération fondamentale a été pratiquée par WADE et ROYLE en 1924, pour maladie de Little. Il s'agissait de la section bilatérale des deux premiers rami communicantes lombaires. Un résultat non escompté, la guérison de la constipation opiniâtre chez 13 de leurs opérés, affirma l'efficacité d'une section sympathique dans les affections où la constipation se révèle le symptôme majeur. Le mégacôlon fut, dès lors, ainsi traité par les mêmes auteurs en 1927, puis par LERICHE, la même année.

La sympathectomie était née, elle apportait une solution thérapeutique et pathogénique à la maladie de Hirschprung.

Si WADE et ROYLE s'attaquaient aux rami communicantes, LERICHE, avant LEARMONTH, en 1927, pratiquait, dans un cas qu'il publiait aussi, la résection du plexus mésentérique inférieur.

RANKIN y ajoutait la section du nerf présacré.

Puis, on s'attaqua délibérément aux chaînes lom-

baires : Judd, Adson et Leriche : Résection uni. et, mieux, bilatérale, pour opérer une section physiologique plus sûre.

Plusieurs de ces interventions furent combinées. et c'est ainsi que l'on put faire à la fois, la résection bilatérale des chaînes lombaires, du plexus mésentérique inférieur, du nerf présacré : ce fut la « sympathectomie radicale » (Rankin - Passler).

Jusqu'à présent, on avait recours à des opérations sympathiques, segmentaires, étagées, commandées par le siège et l'étendue de l'anomalie côlique. Passler avait établi la systématisation suivante : pour un mégadolichosigmoïde, résection du plexus mésentérique inférieur; pour un mégarectum, résection du nerf présacré et du plexus mésentérique inférieur ; pour une anomalie étendue à tout le côlon gauche, on s'adressait aux chaînes lombaires.

Mais ces opérations segmentaires délicates, impossibles à réaliser complètement quand les filets nerveux sont épars, risquent d'être dépassées par les lésions à traiter si les segments atteints, ne correspondent pas exactement, à un territoire superposable de distribution nerveuse.

Pour certains auteurs américains, la section du nerf présacré ne peut se faire sans avoir au préalable pesé l'éventualité de troubles de l'éjaculation (Mac Craig).

Ces opérations ne peuvent s'adresser à des mégadolichocôlons étendus, généralisés, à moins d'être combinées. Mais on en conçoit le désavantage : le délabrement et le choc opératoire peuvent être considérables. Ces énormes interventions, pénibles, difficiles, choquantes, intrapéritonéales par surcroît, qui ne peuvent être pratiquées chez des sujets affaiblis, risquent aussi d'atteindre le système antagoniste.

Ces considérations avaient amené LERICHE à leur préférer :

la résection des chaînes lombaires,

la section des nerfs splanchniques,

techniquement plus simples à exécuter, et présentant le gros avantage de pouvoir se faire par voie sous-péritonéale.

La section des nerfs splanchniques, indiscutablement la plus simple, et, physiologiquement, de plus grande portée, devait se placer au premier plan des interventions sympathiques, et les quatre premiers cas firent l'objet d'une communication dans « *La Presse Médicale* » de décembre 1937.

Bases de la Méthode

Les bases de la méthode du traitement neuro-chirurgical, rappelées par BOPPE au X[e] Congrès de Pédiâtrie, sont consciencieusement développées dans la thèse récente de VASSILAROS, inspirée par LERICHE : « Le traitement neuro-chirurgical du Mégacôlon idiopathique ».

Ce soin nous prive du plaisir que nous aurions eu à rappeler en détail l'argumentation anatomo-physiologique qui légitime ce genre d'intervention. Aussi nous bornerons-nous à résumer.

On sait que le côlon possède deux systèmes d'innervation. L'un, intrinsèque, représenté par les plexus d'Auerbach et de Meissner; l'autre, extrinsèque, venu des ramifications du sympathique et du parasympathique. Si le côlon peut se contracter malgré l'énervation extrinsèque, il n'en reste pas moins que les deux systèmes travaillent en harmonie, et que le système extrinsèque veille au fonctionnement du côlon en rapport solidaire avec le reste de l'organisme : il transmet ses impulsions aux ganglions de Meissner et d'Auerbach.

Depuis les travaux de LANGLEY, on sait que le système moteur est le parasympathique, qui possède aussi une influence sur le tonus des fibres musculaires. Le système inhibiteur est le sympathique, qui tient sous sa dépendance la contraction de l'appareil sphinctérien. LANGLEY a prouvé que l'excitation du sympathique lombaire provoquait un arrêt du péristaltisme et une dilatation du côlon.

La théorie neuro-musculaire dérivée de ces travaux et soutenue depuis 1907 par HAWKINS, voit dans l'hypertonie sympathique la cause de l'anomalie côlique. A l'état pathologique, il y aurait prédominance sympathique, c'est-à-dire diminution du péristaltisme, contraction des anneaux sphinctériens ou achalasie. La diminution du tonus permet l'allongement du côlon et sa dilatation par les gaz.

La section du sympathique créera un déséquilibre au bénéfice du parasympathique : le tonus et le péristaltisme seront renforcés, l'achalasie sera levée.

Cette théorie se fonde sur des preuves embryologiques expérimentales et cliniques que nous ne pouvons répéter, VASSILAROS les ayant soigneusement décrites.

Toutefois, mentionnons, pour le poids qu'elles apportent, les expériences fondamentales d'ADAMSON et AIRD en 1932, qui, en sectionnant le nerf pelvien, ont amené la constitution d'un mégarectum et d'une mégavessie chez le chat. Ils ont guéri ensuite ce mé-

gacôlon expérimental en réséquant les deux chaînes lombaires. Mais FONTAINE et BÉRARD n'ont pu les rééditer. Cependant, ISHIKAWA et LOUTSCH ont publié un résultat identique à celui d'ADAMSON.

Pour ce qui a trait aux preuves cliniques, il nous semble intéressant de rappeler que les anomalies du côlon coexistent avec des lésions de l'axe cérébro-spinal: C'est ainsi que FINKELSTEIN rapporte un cas de dolichomégacôlon au cours d'une syphilis cérébrospinale ; TAVERNIER et BENSAUDE, deux cas au cours d'une encéphalite aiguë ; et CARNOT, un cas semblant dépendre d'une acromégalie.

Certains auteurs signalent, dans le dolichomégacôlon, des signes de prédominance sympathique (tachycardie, troubles de l'évacuation vésicale, troubles vaso-moteurs périphériques). Ils ajoutent que les crises douloureuses et les périodes de constipation sont en corrélation manifeste avec certains déséquilibres nerveux provoqués par l'émotion ou la colère ; ils notent, enfin, la fréquence du spasme anal.

Enfin, d'après WAHL, le côlon serait revenu sur lui-même au cours d'une section sympathique.

Ainsi, le rôle du système nerveux semble bien patent, et ces considérations suffisent à légitimer les interventions sympathiques, surtout si elles sont d'une technique bénigne. Et rien n'est plus légitime que d'appliquer cette thérapeutique fonctionnelle

au dolichocôlon, quand Chiray, Lomon et Wahl voient dans cette anomalie « un trouble fonctionnel complexe donnant au transit un caractère anarchique ; un trouble des fonctions motrices. »

Rappel Anatomique et Déductions

N'apportant aucun élément nouveau, nous schématiserons.

Parasympathique.

La systématisation du pneumogastrique est bien connue jusqu'au plexus solaire ou cœliaque. La distribution distale n'est pas distinctement établie. On prête aux pneumogastriques un territoire d'innervation du côlon qui n'est pas dévolu aux nerfs pelviens (nerfs érecteurs), ceux-ci étendant leur domaine sur le rectum et le sigmoïde. Le reste appartient aux nerfs vagues.

Sympathique.

Le grand splanchnique est issu des cinquième, sixième, septième, huitième, neuvième et dixième ganglions thoraciques. Le tronc descend dans l'abdomen entre les piliers du diaphragme, et se jette sur la corne externe du ganglion semi-lunaire.

Le petit splanchnique, qui finit au-dessous, naît des onzième et douzième ganglions thoraciques.

Les ganglions semi-lunaires, le pneumogastrique droit, les ganglions mésentériques supérieurs, et les ganglions aortico-rénaux, forment le plexus solaire, qui tient sous sa dépendance toute l'innervation végétative de l'abdomen.

Langley admet que les splanchniques, qui n'ont de relais que dans les ganglions semi-lunaires, et mésentériques supérieurs, se continuent sans interruption jusqu'à la partie distale du côlon et du rectum.

Le centre sympathique qui nous intéresse s'étend dans la moelle (colonne intermédio latéralis), du troisième segment dorsal au deuxième segment lombaire. Au niveau du renflement lombaire de la moelle, la colonne sympathique est presque interrompue : il y a prédominance des cellules motrices sur les cellules sympathiques ; de sorte que les splanchniques, naissant du sixième au douzième ganglion thoracique, semblent drainer par les rami communicantes toutes les fibres sympathiques de la moitié inférieure de cette colonne sympathique. L'importance des splanchniques en ressort d'autant.

C'est, sans doute, cette constatation qui a pu autoriser Leriche et Fontaine à énoncer, au Congrès du Caire en 1935, que, pour élargir l'effet d'une opération sympathique, il fallait sectionner le sympathique le plus haut possible (*in* thèse de Vassilaros). Les splanchniques représentant la voie d'ap-

port la plus considérable de filets sympathiques dans la constitution du plexus solaire, rien n'est plus rationnel que leur section si l'on veut un résultat efficace et plus étendu.

De même, TAVERNIER, commentant les résultats de son intervention (*Lyon Chirurgical*, mai 1939), écrivait : « En rapprochant l'échec fréquent des opérations qui cherchent à atteindre les fibres sympathiques inhibitrices de la motricité intestinale; dans le sympathique lombaire, le nerf présacré et le plexus mésentérique inférieur; les succès plus réguliers de LERICHE dans quatre cas, GOINARD sept cas, et dans mon cas par la section du splanchnique gauche, on a l'impression que ces fibres sont dans ce tronc supérieur mieux groupées, tandis que dans les voies sous-jacentes elles se dispersent dans des trajets multiples avec des variantes individuelles qui expliquent l'irrégularité des résultats. »

— Mais alors, pour réaliser une interruption sympathique convenable, ne conviendrait-il pas de sectionner les splanchniques de chaque côté ?

MEILLIÈRE et BRÉHANT par leurs expériences sur l'animal, ont prouvé que la section bilatérale n'était pas plus opérante que la section unilatérale. Et dans un plus grand nombre de cas, la section du splanchnique gauche leur a donné de meilleurs résultats.

Comme l'anatomie et la physiologie ne permettent pas de préciser la distribution des splanchniques, ces opérations, outre leur intérêt thérapeutique, renseigneront, à postériori, sur la topographie spéciale des splanchniques droits et gauches s'il en existe une.

En fait, LERICHE préfère s'adresser à la section unilatérale, basant son choix du côté, sur la prédominance latérale des anomalies. Et cette section est probablement suffisante pour inhiber le sympathique ou faire cesser sa prépondérance.

Résultats éloignés des Opérations Sympathiques et des Splanchnicotomies associées

Avant les observations de splanchnicotomie, il convient d'enregistrer les résultats éloignés des opérations sympathiques effectuées précédemment.

La résection des deux chaînes lombaires et du présacré a procuré à LERICHE deux résultats excellents, qui datent de quatre ans, dans deux cas de dolichocôlon, et un résultat très satisfaisant dans un cas de mégacôlon de l'enfance. D'après les renseignements complémentaires que le P[r] LERICHE nous a fait l'honneur de nous communiquer, ce résultat, qui date de six ans, se maintient à l'heure actuelle.

Citons le cas de GATELLIER et d'AUBIGNÉ, qui guérirent en 1935 un malade de vingt ans atteint de mégacôlon, par la résection du plexus mésentérique inférieur. La guérison fut complète, fonctionnelle et anatomique, puisqu'ils constatèrent à la radiographie le retour à un calibre normal du côlon.

Ajoutons les heureux résultats de JEFFERSON,

Browder, et de Cœcilia, Jett Jackson, qui publient sept cas d'interventions sympathiques chez des enfants de 3 à 8 ans : ils préfèrent réserver la neurectomie présacrée et l'ablation du plexus mésentérique inférieur (opération de Rankin et de Learmonth) aux filles; la gangliectomie lombaire inférieure gauche aux garçons, pour parer aux troubles possibles de l'éjaculation. Ils annoncent de bons résultats fonctionnels, malgré l'absence de modifications anatomiques du côlon. Ces résultats se sont maintenus chez deux enfants revus trois et quatre ans après l'opération.

Wade, Adson, Rankin et Young, sur un total de 25 observations, rapportent 21 succès.

Passler, dans la littérature mondiale, relève 117 cas de sympathectomie avec 85 p. 100 de guérison. 12 p. 100 d'échecs, et 3 décès.

Au Congrès français de Pédiâtrie de décembre 1938, Boppe, sur une statistique de 71 cas, rapporte 61 cas de guérisons complètes, 4 guérisons incomplètes, 2 échecs, 4 décès.

Dans sa statistique personnelle, figurent 4 sympathectomies pour dolichocôlons, avec guérison datant de un an à dix-neuf mois.

Cependant, dans un cas publié par Merle d'Aubigné et de Launey, on n'a pas obtenu les résultats habituels.

Au dixième mois d'une opération de Rankin-Learmonth, après un résultat qualifié d'extraordinaire, les troubles reparaissent. Au vingt-deuxième mois, une occlusion oblige à pratiquer un anus puis une côlectomie. (Cas rapporté par Duval à l'Académie de Chirurgie, janvier 1940.)

*
**

En ce qui concerne plus spécialement la splanchnicotomie, voici le résumé des observations que le Pr Leriche a eu l'extrême obligeance de nous communiquer avec des renseignements détaillés sur l'état présent de ses anciens opérés. Nous les résumons, le texte se trouvant *in extenso* dans la thèse de Vassilaros.

OBSERVATION IV

[*In* Thèse de Vassilaros.]

(Observation N° 1, *Presse Médicale*, déc. 1937.)

« Mégadolichocôlon chez une enfant de douze ans qui, depuis l'âge de trois ans, présente des troubles fonctionnels intenses.

Section des splanchniques gauches associée à une gangliectomie lombaire (1er ganglion) et à la résection du pôle externe du ganglion semi-lunaire le 1er février 1936. Cinq jours après l'intervention, un

lavement suffit pour normaliser les évacuations. Suivie périodiquement depuis : maintien du résultat fonctionnel, progrès dans l'état général. Revue en décembre 1939 par le Pr Leriche : guérison. »

OBSERVATION V

[*In* Thèse de Vassilaros.]

(Observation N° 3, *Presse Médicale.*)

« Femme de 44 ans, constipée depuis l'enfance, qui présente depuis 1935 des crises de subocclusion répétées (une à deux par semaine), qui est amaigrie et qui a le teint jaune.

Dolichomégacôlon généralisé.

En février 1936, section des splanchniques gauches avec ablation du pôle supérieur du premier ganglion lombaire gauche. Revue jusqu'en mai 1939 : conserve les résultats acquis. Selles régulières. Etat général excellent. »

Résultat excellent de trois ans et trois mois.

OBSERVATION VI

[*In* Thèse de Vassilaros.]

(Observation N° 2 de *La Presse Médicale.*)

« Enfant de 6 ans qui, depuis l'âge de dix-huit mois, n'avait des selles que tous les huit à dix jours.

Enfant hypothrepsique qui présente des crises douloureuses avec température.

« Mégadolichosigmoïde avec anse supplémentaire. L'état général, grave, nécessite une opération en deux temps.

Le 8 juillet 1936, gangliectomie lombaire gauche (3e et 4e ganglions) : selles spontanées à partir du cinquième jour.

Le 21 juillet 1936, section des splanchniques droits.

Un an après, l'enfant transformée a quelquefois deux selles par jour.

« En juillet 1939, la radiographie montre une diminution de l'allongement du sigmoïde. Revue en mars 1940 par le Pr Leriche. « Le résultat excel- « lent se maintient après trois ans et huit mois. »

OBSERVATION VII

[*In* Thèse de Vassilaros.]

(N° 4 de *La Presse Médicale.*)

« Homme de 29 ans. Constipé depuis deux ans. qui présente des crises douloureuses de l'hypocondre droit avec ballonnement.

« Dolichosigmoïde avec forte dilatation.

« Le 15 juin 1937, section du splanchnique gauche, ablation du premier ganglion lombaire gauche. Les suites sont idéales. Revu plusieurs fois en juillet et août 1937. Avait des selles journalières. Ne souffrait plus.

« Ce malade n'a pu être retrouvé. »

OBSERVATION VIII

[*In* Thèse de Vassilaros.]

(Cas de Splanchnicotomie pure.)

« Enfant de 4 ans, constipée de huit à dix jours depuis l'âge d'un an et demi.

« Sigmoïde allongé, élargi; le reste du côlon est de calibre plus gros que la normale.

« Juillet 1937, section des splanchniques gauches seulement. Selles spontanées après le quatrième jour.

« En juin 1939, constipation de deux à trois jours persiste. L'aide de laxatifs et de lavements est indispensable.

« *Résultat satisfaisant datant de deux ans, mais non guérison.* »

OBSERVATION IX

[*In* Thèse de Vassilaros.]

« Femme de 36 ans. Constipée depuis l'enfance. Selle tous les quatre ou cinq jours à l'aide de lavements.

« Dolichosigmoïde avec allongement du descendant, présence d'une anse supplémentaire.

« Octobre 1937. Section des splanchniques gauches et ablation du premier ganglion lombaire. Au septième jour, selles spontanées.

« Revue en juillet 1939. Guérison clinique, mais même état radiographique.

« *Résultat excellent datant de près de deux ans.* »

OBSERVATION X

[*In* Thèse de Vassilaros.]

« Fillette de 6 ans. A l'âge de quatre mois et demi, restait onze jours sans aller à la selle.

« Occlusion en 1935.

« Dilatation énorme. Allongement du côlon gauche, du transverse et d'une partie de l'ascendant.

« Enfant fatiguée, adressée au Pr Leriche comme « un cas très mauvais ».

« Novembre 1938. Section du splanchnique gauche avec ablation du premier ganglion lombaire. Les suites sont difficiles. Les évacuations intestinales ne peuvent se faire qu'à l'aide de lavements nombreux et d'injections intraveineuses répétées de sérum salé, hypertonique.

« En décembre 1938, l'opération est complétée par la résection d'un segment de la chaîne lombaire droite.

« En janvier 1939, les évacuations spontanées existent, mais elles sont irrégulières.

« Avril 1939. Les selles sont régulières avec l'usage de laxatifs. Même image côlique.

« Revue en mai 1940 par le Pr Leriche. Selles régulières avec laxatifs. Même image côlique, mais moindre élargissement. Transformation complète de l'état général.

« *Résultat satisfaisant de vingt-deux mois dans un cas très grave.* »

OBSERVATION XIII

[*In* Thèse de Vassilaros.]

« Femme de 27 ans. Constipée depuis l'enfance. Selle tous les quatre ou cinq jours avec laxatifs. Douleurs abdominales basses depuis dix ans, après les repas.

« Sigmoïde allongé, sinueux ; transverse ptosé, mais de calibre normal.

« Août 1939. Section des splanchniques gauches et de la partie supérieure de la chaîne lombaire. Suites excellentes. A partir du huitième jour, selles quotidiennes, les douleurs ont disparu. Urine plus souvent et davantage depuis l'opération. Revue fin août complètement guérie. »

OBSERVATION de Tavernier

[in *Lyon Chirurgical*, mai 1939.]

« Mégacôlon avec constipation opiniâtre guéri par section du splanchnique gauche après échec d'une sympathectomie lombaire et d'une résection de l'anse sigmoïde.

« Enfant de 7 ans, n'avait jamais eu de selles spontanées.

« Mégarectum avec dolichomégasigmoïde, qui remontait à deux travers de doigt du diaphragme,

« Février 1938. Sympathectomie lombaire gauche. Deux selles dans les dix jours qui suivent.

« Puis retour immédiat de la constipation absolue d'auparavant.

« Avril 1938. Côlectomie de Delore.

« L'anus, au lieu de se refermer, s'élargit ; la muqueuse s'ectropionne, obligeant à une fermeture complémentaire intrapéritonéale de l'anus.

« Etat persistant de la constipation.

« Août 1938. Section du splanchnique gauche et du sympathique lombaire supérieur.

« Effet non immédiat. Usage de lavements et de laxatifs, mais, un mois après, la régularisation des fonctions de l'intestin est obtenue. Cet état se maintient jusqu'en mai 1939, où l'enfant est revu. L'état général est complètement transformé. Selles spontanées journalières.

Résultats éloignés de la simple Splanchnicotomie unilatérale

A. RESULTATS INCOMPLETS OU TEMPORAIRES.

OBSERVATION I

(due à l'obligeance des Docteurs GOINARD & CLÉMENT)

Dolichocôlon avec crises douloureuses de la série hépato-vésiculaire. Puis, crises de sub-occlusion fébrile tous les mois. Après la splanchnicotomie, la guérison semble complète pendant seize mois, sans que les radiographies du côlon soient modifiées. Deux crises douloureuses fébriles, la dernière compliquée d'ictère, sont survenues ces trois derniers mois.

Madame Brocc..., 70 ans.

En 1910, au cours de sa 10e et dernière grossesse a éprouvé pendant les 7 derniers mois, des crises douloureuses

abdominales qui nécessitèrent de nombreuses injections de morphine.

Ensuite, s'installe une longue période de constipation chronique : impression de selles insuffisantes bien que quotidiennes.

Depuis 1933 crises douloureuses dans l'hypocondre droit survenant tous les 2 ou 3 mois, si violentes qu'elles doivent être calmées par la morphine.

Un traitement médical procure une amélioration pendant 11 mois. Puis, en 1938, les crises deviennent de plus en plus difficiles à calmer médicalement, elles se reproduisent tous les mois, revêtant l'aspect de subocclusion avec fièvre. Dans l'intervalle, entre les crises, constipation nécessitant des lavements, des suppositoires.

Entre temps, on a pensé à une lésion hépato-vésiculaire. Les radiographies mettent en évidence un allongement duodénal avec prolongation anormale de la visibilité et un dolichocôlon complexe : dolichosigmoïde considérable, boucle au niveau de l'angle côlique droit. Le côlon admet un lavement baryté de plus de 2 litres.

La malade très amaigrie, très déprimée, supplie qu'on la soulage par une intervention, la tension est de 17-10 — au Pachon : l'abdomen est extrêmement ballonnné.

Splanchnicotomie le 7 mars 1939 : résection sur 1 cm du grand splanchnique gauche à l'anesthésie locale.

Revue en avril 1939, se sent beaucoup mieux, n'a plus eu de crises, elle éprouve encore, parfois, quelques douleurs très supportables du côté gauche, elle n'a plus de fièvre, mais elle reste constipée, prend encore des laxatifs ; le ballonnement est bien moindre ; tension artérielle 18-9.

Elle demeure ainsi très améliorée, sans aucune crise pendant 16 mois, mais le 28 juin 1940, très violente douleur dans l'hypocondre gauche, ballonnement abdominal, vomissements bilieux, la fièvre atteint 40°4. Cependant, ce même jour, 2 selles normales.

Après 12 jours de maladie, elle entre à l'hôpital pendant une douzaine de jours, la fièvre tombe peu à peu. A la radio le dolichocôlon semble peu modifié.

Revue le 22 août 1940, ne souffre plus, l'abdomen est encore un peu ballonné, la constipation moindre. En tous cas, la malade a pu cesser de la soigner par lavements et suppositoires ; tension artérielle 14-8.

Le 5 septembre 1940, nouvelle crise : après une période de surmenage : immédiatement après le repas de midi, douleurs très violentes dans l'hypocondre droit avec vomissements, éructations, ballonnement abdominal, arrêt des matières et des gaz, température 39°3.

Oligurie le lendemain. Ictère qui dure quelques jours. Depuis, état subfébrile persistant, asthénie très marquée.

OBSERVATION II

(due à l'obligeance de MM. Ferrari, Maire & Stora)

Il s'agit d'un dolichocôlon considérable associé à des troubles côlitiques et peut-être hépato-vésiculaires, que des traitements médicaux prolongés pendant six mois n'avaient pas améliorés. La splanchnicotomie a procuré une amélioration très nette qui n'a duré qu'un mois et demi, et qui se solde, vingt mois après, par une amélioration assez minime. L'état radiologique reste inchangé.

N... Etienne, 52 ans.

Adressé à la consultation de gastro-entérologie, en juin 1938, pour syndrome douloureux de l'hypocondre droit. Début, quatre ans auparavant, par une crise douloureuse de l'hypocondre droit survenue le soir de Noël. Ces crises se répétant par intermittence sur un rythme irrégulier, mais étant de plus en plus fréquentes, le malade est admis, il y a trois ans, dans un service de chirurgie. Les examens, alors pratiqués n'apportent aucune précision sur la nature des crises douloureuses.

Lors de son premier interrogatoire, à la consultation, le malade accuse des douleurs de l'hypocondre droit, qui surviennent en général le soir dans son premier sommeil. Elles sont à type de torsion, non accompagnées de vomissements, et ne sont pas atténuées par l'ingestion d'aliments. Elles surviennent presque chaque jour, par poussées évolutives qui sont cependant entrecoupées de jours sans douleurs et n'alternent pas avec des périodes de calme absolu.

Par ailleurs, le malade n'attire pas immédiatement l'attention sur un état de stase intestinale chronique ne cédant qu'aux lavements, ni sur le fait que les phénomènes douloureux ont une intensité proportionnelle à celle de la constipation.

L'examen du malade révèle un peu de gargouillement de la F.I.D. et un point douloureux, vésiculaire très net. Il n'y a jamais eu d'hématémèse ni de mélœna. L'appendice a été enlevé en 1922 au cours d'une crise douloureuse abdominale. Ce malade n'a pas maigri, il a les traits tirés.

Cependant, en dépit d'un tableau clinique assez flou, en ce qui concerne l'horaire et la périodicité des douleurs, mais, sur la foi de clichés montrant un bulbe duodénal nettement déformé, le diagnostic d'ulcère est porté, et ce malade soumis au traitement classique de la maladie ulcéreuse : régime lacto-farineux et pansements gastriques au carbonate de bismuth. Une série de 21 injections intramusculaires de Laristine reste sans effet, et un traitement par microdoses d'Histamine n'apporte qu'un soulagement passager.

On précise, alors, par un interrogatoire minutieux que les crises douloureuses surviennent principalement lorsque le malade ne va pas à la selle et que même en l'absence de toute médication une évacuation intestinale spontanée ou l'administration d'un lavement atténue l'intensité des douleurs, les supprime souvent. Ce fait commande un examen radiologique de l'extrémité inférieure du tube digestif, le lavement baryté pratiqué en novembre 1938 révèle la présence jusque-là ignorée, d'un énorme dolichocôlon intéressant à la fois la partie terminale et l'angle droit du gros intestin.

L'examen de l'estomac et du duodénum pratiqués aussi montrant un bulbe duodénal normal et une stase duodénale légère sur D-2, on conclut de cet ensemble clinique

et radiologique que le dolichocôlon est seul responsable des troubles douloureux dont le malade se plaint depuis cinq ans. Le traitement médical de ce dolichocôlon, rendu difficile à cause d'une mauvaise dentition, a été le traitement classique habituel : suppression des farineux et de tout mets féculent : Alimentation à base de viande hâchée et de légumes crus râpés. Grands lavements huileux et administration d'antispasmodiques.

Ce traitement suivi pendant *six mois* s'étant montré inefficace, on a proposé au malade une intervention sympathique. Celle-ci pratiquée le 6 février 1939 (Prof. Ferrari) a consisté dans la section du grand splanchnique gauche avec ablation du ganglion semi-lunaire sous anesthésie générale à l'évipan sodique. L'intervention a été immédiatement suivie d'une sédation des douleurs abdominales et d'une sensation d'euphorie nettement accusée par le malade.

A partir du 17 février 1939, le malade est allé spontanément à la selle. Les selles ont été quotidiennes et même parfois bi-quotidiennes, abondantes, bien moulées, n'exigeant aucun effort. Et l'amélioration indiscutable de cette constipation opiniâtre persistant durant un mois environ fit un moment espérer une guérison.

Malheureusement, le 22 mars 1939, le malade a des selles diarrhéïques et recommence à souffrir de l'abdomen. Cet épisode douloureux se calme spontanément pour réapparaître tous les 15 jours environ sans revêtir jamais la même intensité qu'avant l'intervention. Les douleurs sont toujours en rapport avec un état de stase intestinale passagère. Elles deviennent presque quotidiennes en janvier 1940, la constipation s'accentuant. Elles sont localisées à la moitié droite de l'abdomen.

Cet abdomen un peu arrondi est de morphologie sensi-

blement normale comme avant l'intervention. Sa palpation est uniformément douloureuse dans sa moitié droite. Le bord inférieur du foie est douloureux, mais il n'y a pas d'hépatomégalie ; la pression du creux épigastrique retentit douloureusement sur la F.I.D.

Un lavement baryté est pratiqué le 10 septembre 1940 pour juger des résultats anatomiques que l'opération permettait d'espérer.

Les clichés montrent que la longueur du gros intestin n'a subi aucune modification. A un examen minutieux, les parois côliques paraissent plus toniques, moulent mieux le contenu opaque. L'examen radiographique du cholécyste révèle par ailleurs l'intégrité de la vésicule biliaire.

B. RESULTATS DEFINITIFS.

OBSERVATION III

Il s'agit d'un dolichocôlon à manifestations surtout douloureuses. Le malade amaigri, hypotendu, a été rendu à une vie tout à fait normale par une splanchnicotomie, qui remonte actuellement à plus de deux ans et demi. Incontestablement, le lavement baryté montre une diminution de la longueur et du calibre du côlon 7 mois après l'intervention, et plus encore dix mois après.

Ziane Saïd.

Indigène de 24 ans, entre en janvier 1938 dans le service de médecine du Professeur Lacroix pour douleurs de l'hypocondre gauche, constipation légère, (une selle tous les 2 jours) amaigrissement notable, altération de l'état général.

A dû cesser tout travail. A été opéré il y a 3 ans, d'appendicite. Souffre à nouveau de l'abdomen depuis 1 an et demi : douleurs violentes à type de torsion survenant un quart d'heure après chaque repas (ce malade est plus un douloureux qu'un constipé) la tension artérielle est de 10-7,5.

A la radiographie on découvre un dolichosigmoïde considérable remontant très haut dans l'abdomen, situé tantôt à droit, tantôt à gauche de la ligne médiane.

Soumis à un traitement médical énergique durant un mois et demi, la tension artérielle gagne quelques unités : de 10-5 elle passe à 12-7,5, mais les phénomènes abdominaux restent les mêmes, l'état général inchangé.

Devant cet échec, on décide de faire une splanchnicotomie le 26 février 1938. A partir du 12 mars le malade présente des évacuations spontanées, mais ce n'est que le 21 qu'elles deviennent quotidiennes.

De plus l'amélioration des douleurs est manifeste elles se sont estompées, deviennent très espacées ; le malade est rendu à sa vie normale.

Revu en mai 1938, on peut dire qu'il y a très nette amélioration : il ne souffre plus du tout, va régulièrement à la selle, présente un gain manifeste du poids, l'état général est meilleurs. Mais l'examen radiologique ne montre pas de transformations.

En septembre 1938 la guérison clinique se maintient, le malade se montre très satisfait, il a pu reprendre son travail.

A l'examen radiographique, le sigmoïde s'est réduit du tiers de sa longueur, il faut néanmoins 2 litres de baryte pour injecter tout le côlon, le descendant n'a pas subi de modification nette.

Le 16 décembre 1938, même état fonctionnel et général.

Il ne faut plus qu'un litre et demi de baryte pour forcer la valvule iléo-cœccale et injecter le grêle. Le descendant est devenu normal, le sigmoïde présente des dimensions et un calibre tout à fait normaux.

Nous n'avons pu malheureusement revoir ce malade, caporal de tirailleurs, il a fait la campagne de France. La famille assure qu'il était en parfaite santé et que les dou-

leurs et la constipation n'avaient pas reparu jusqu'au 12 juillet 1940, date depuis laquelle elle n'a plus eu de nouvelles. Du reste Saïd accomplissait un travail pénible avant la mobilisation.

OBSERVATION IV

Il s'agit d'un cas complexe de dolichocôlon associé à une sténose ulcéreuse duodéno-pylorique en évolution. La splanchnicotomie a amélioré l'élément côlique et, pendant deux mois, l'état pyloro-duodénal lui-même.

Néanmoins, la sténose s'est complétée, et, quatre mois après, une gastrectomie étendue a été nécessaire.

Cette laparotomie a permis de vérifier l'état du sigmoïde, qui est resté très volumineux et en voie de volvulus ; malgré la persistance de l'altération côlique, le résultat fonctionnel et général est très bon au bout de deux ans et demi. Ce malade exerce, en effet, la profession d'ouvrier agricole.

Boudendani Abdelkader.

Indigène de 34 ans, admis en février 1938 pour syndrome pylorique.

Le début remonterait à environ 18 mois ; des douleurs intenses à type de brûlure siègent à l'épigastre, elles surviennent tous les jours sans paraître rythmées sur les repas, il n'y a jamais eu de périodes d'accalmie ; ce malade présente en outre des vomissements abondants, acides après chaque ingestion alimentaire. Ces vomissements calment les douleurs. Il n'y a jamais eu d'hématémèse, ni de mélœna. Cet état d'intolérance gastrique a entraîné un amaigrisse-

ment et une asthénie rapides. De plus, une constipation tenace de 4 à 6 jours s'est installée depuis le début de la maladie.

A l'examen, on note un météorisme important, à maximum ombilical. Il existe du clapotage à jeun, des ondes péristaltiques visibles.

Le foie et la rate se montrent normaux. On note des points douloureux à la palpation de l'hypocondre gauche.

L'examen radiologique de l'estomac confirme une sténose large du pylore ; en montrant que les contractions gastriques sont peu efficaces, l'évacuation ralentie, il ne décèle que des images de périduodénite.

Il indique surtout un dolicho sigmoïde énorme avec très grosse aérocôlie.

Pensant que les troubles gastro-duodénaux sont secondaires à l'état côlique, on décide de traiter d'abord le dolichocôlon.

Le 15 mars 1938, à l'anesthésie locale, section des splanchniques gauches. Les suites immédiates ont été subfébriles (38° pendant 3 jours) ; il est vrai qu'un suintement sanguin avait nécessité la mise en place d'un petit drain.

Le 23 mars, le malade est encore constipé et ne peut aller à la selle sans aide médicamenteuse.

Le 4 avril, les selles sont émises tous les jours, la sédation des douleurs est nette, le malade peut quitter le service le 8 avril.

Pendant 2 mois, l'amélioration fonctionnelle s'est maintenue, mais le 7 juillet 1938 le malade revient ; la constipation s'est installée à nouveau, les vomissements ont reparu, l'amaigrissement persiste.

Le 23 juillet 1938 contrôle radiographique du côlon : état inchangé ; remplissage facile par 2 litres de baryte.

L'estomac est allongé, ptosé, refoulé vers la droite par une aérocôlie extrêmement importante, sténose pylorique avec dilatation gastrique. Images d'ulcus duodénal.

Le 26 juillet au cours de la gastrectomie (Polya) on voit le sigmoïde qui, resté très volumineux, dépasse l'ombilic. Il est en voie de volvulus. Le transverse est plein de scyballes. Les suites sont normales.

En septembre 1938 le malade est revu en excellent état. L'état gastrique est normal, la constipation a disparu, le météorisme aussi.

En octobre 1938 le malade est convié à un contrôle radiographique de l'estomac (le transit s'effectue normalement) et du côlon ; 2 litres et demi de baryte sont nécessaires, le dolichosigmoïde persiste avec dilatation de l'ascendant.

Mais l'amélioration fonctionnelle demeure.

Revu en octobre 1940 les résultats obtenus se sont maintenus jusqu'au début de septembre 1940 ; l'état général devenu meilleur avait permis la reprise d'un travail normal. Fonctionnellement le malade semblait guéri, mais, depuis la période du ramadan, des douleurs abdominales obtuses ont reparu, les selles irrégulières (tous les 2 ou 3 jours) nécessitent l'emploi de laxatifs. Ce malade n'a constaté aucun trouble de la miction, les fonctions génésiques sont normales.

OBSERVATION V

Résultat de près de 2 ans 1/2.

Guérison après échec du traitement médical, chez une malade extrêmement asthéniée, tellement hypotendue qu'on hésita longtemps à tenter une intervention. Cinq mois après la splanchnicotomie, une laparotomie montre un sigmoïde de dimensions presque normales, mais permet d'exciser deux étoiles de mésosigmoïdite. Actuellement, une image de dolicho-sigmoïde persiste à l'examen radiographique.

Salah Cherifa.

Jeune fille indigène de 24 ans, admise à l'hôpital le 27 janvier 1938 pour syndrome douloureux abdominal avec constipation invraisemblable de 10-12 jours, présentée depuis 8 mois.

L'état général est très médiocre, le teint terreux ; il y a du subictère. Asthénie psychique, gros amaigrissement, menstrues régulières peu abondantes, douloureuses.

Les douleurs abdominales siègent avec prédilection dans l'hypocondre gauche. Elles sont exagérées par l'ingestion d'aliments et présentent de violents paroxysmes au cours de la nuit.

Le météorisme est important : étendu à tout l'abdomen, il entraîne un gêne respiratoire et des palpitations. La paroi est flasque, molle dépressible. La constipation est opiniâtre, extrêmement longue : 12 jours est un chiffre maximum, mais fréquent. Il y a, cependant, des épisodes diarrhéïques.

La malade, apathique, a dû cesser tout travail.

L'exploration radiologique de l'estomac montre celui-ci déformé par une forte aérocôlie angulaire gauche ; aucune lésion intrinsèque.

Le lavement baryté montre un côlon gauche très long, de calibre exagéré. Le descendant est sinueux, atone, comme « chiffonné ». Le sigmoïde est très long.

Traitée médicalement par le professeur Lacroix, durant 2 mois : aucun résultat. La malade est alors évacuée dans le service du Docteur Goinard pour splanchnicotomie mais l'intervention est différée à cause de l'hypotension (9-4). Un traitement intensif pré-opératoire est institué.

La tension est remontée à 10,5, on pratique la splanchnicotomie le 24 mai 1938, le grand et le petit splanchnique gauche et sans doute le splanchnique inférieur sont sectionnés. Les suites sont normales, la tension artérielle est au même chiffre le lendemain que la veille. Les selles spontanées apparaissent au 10e jour, et après une constipation intercalaire de 6 jours elles sont émises plus fréquemment, tous les 2 ou 3 jours.

Etat incertain pendant un mois et demi, l'aide de lavements est indispensable, les douleurs s'estompent.

Mi-juillet 1938 la malade est revue transformée, la fonction évacuatrice du côlon est complètement restaurée, selles quotidiennes, rarement tous les 2 jours, sans aide médicamenteuse. L'état général reprend, le psychisme est meilleur. Gain de poids, la tension artérielle est à 11-6, les règles disparues depuis 2 mois, ont réapparu, indolores.

A la radio le dolicho sigmoïde persiste, mais le descendant, plus rectiligne, paraît de calibre diminué.

Mais, le 11 septembre 1938, la malade revient pour douleurs de la F.I.G., météorisme, constipation intermittente de 3 à 4 jours. A la radio, le dolicho sigmoïde est le même.

Une laparotomie iliaque gauche est décidée le 25 octobre 1938 pour résection segmentaire.

Le transverse est long, mais le sigmoïde est de longueur presque normale, on ne peut alors songer à le réséquer; sur le méso, on trouve 2 brides étoilées de méso sigmoïdite qu'on excise, bornant là l'intervention.

Pendant 20 jours aucun changement clinique, cependant progressivement les fonctions intestinales reprennent, la constipation disparaît, les douleurs cessent, la malade nous quitte cliniquement guérie. Un contrôle radiographique montre les mêmes images bien que la quantité de baryte injectée soit moindre.

En septembre 1940 la malade nous annonce sa « guérison complète ». Revue en octobre 1940 : on peut vraiment parler d'une guérison, son poids a augmenté, son teint s'est éclairci. Active et gaie elle assure un travail normal. Plus de douleurs, plus de constipation.

A la radiographie, aucun changement.

OBSERVATION VI

Dolichocôlon entraînant une constipation importante, un état douloureux empêchant le sommeil. Deux ans après la splanchnicotomie, l'opéré est revu, parfaitement guéri, sans que les images radiographiques soient modifiées.

Hennous Belkacem.

Indigène de trente ans, présentant un dolichocôlon généralisé. Le début des troubles remonte à environ trois ans.

Douleurs abdominales diffuses à prédominance nocturne, interrompant ou empêchant tout sommeil, amaigrissement, asthénie, selles tous les 8 jours.

L'examen baryté montre un dolicho transverse ptosé, une boucle sur l'angle splénique, un dolicho sigmoïde important.

L'ascendant plus long que normalement est augmenté de diamètre; 3 litres de baryte pour injecter le côlon.

Splanchnicotomie gauche le 31 décembre 1938. 10 jours après l'opération ce malade a des selles régulières ; plus de douleurs.

Ce résultat s'est maintenu jusqu'en octobre 1940 date à laquelle nous l'avons revu.

A repris son travail d'ouvrier mécanicien et compare avec plaisir son état présent aux troubles antérieurs.

Selles quotidiennes. Il ne signale aucun phénomène nouveau dans les mictions ni du côté génital.

Pas d'amélioration radiologique bien nette.

OBSERVATION VII

Dolichocôlon avec constipation douloureuse, amaigrissement, asthénie. La splanchnicotomie entraîne pendant quelques jours une exacerbation des douleurs et un état fébrile.

Quinze mois après, l'opéré, très amélioré, a une tension plus élevée qu'auparavant. L'état radiologique du côlon est inchangé.

Oubouzar Mohamed, 20 ans.

Accuse depuis 20 mois des douleurs abdominales localisées à tout l'hémi-abdomen gauche, survenant après les repas. Une constipation de 4 à 5 jours avec l'aide de laxatifs et de 10 à 12 jours sans médicament.

Jamais de diarrhée. Inaptitude intellectuelle et physique, amaigrissement important, teint bistre, tension artérielle à 12-8.

A l'examen, ballonnement unilatéral gauche ; à la palpation on provoque du gargouillement de la F.I.G. ; on sent des stercoromes. Clapotage côlique gauche, pas de rate, foie normal.

A la radio, dolichocôlon généralisé, le cadre côlique est très long dans l'ensemble ; une boucle sur chaque angle ; dolichosigmoïde important.

Splanchnicotomie gauche le 22 juillet 1939.

Pendant six jours, recrudescence des douleurs. La température, jusque là normale, s'élève à 38°, et redevient

normale au 9e jour après une évacuation provoquée par lavement.

Au 15e jour une selle spontanée se renouvelant 4 jours après. L'amélioration fonctionnelle se consolide, plus de douleurs, selles régulières, l'opéré sort le 16 août 1939.

Revu 15 mois après, en octobre 1940, se plaint encore de douleurs vagues, mais moins intenses, l'état général est complètement transformé, si bien que le malade se déclare spontanément plein de vigueur. Il a considérablement repris du poids. Tension artérielle : 14-8. Selles quotidiennes. Pas de troubles génitaux, ni urinaires.

Le lavement baryté n'indique aucune modification par rapport aux examens faits avant l'intervention.

Interprétation des Résultats

Insistons sur le fait qu'un traitement médical, loyal et persévérant a toujours été tenté. C'est devant son échec ou des améliorations minimes que l'opération a été décidée.

La bénignité absolue de la splanchnicotomie est un fait acquis. En aucun cas, on n'a noté de choc opératoire. Cette intervention, qui ne nécessite aucun délabrement, est courte et facile, et n'entraîne dans ses suites immédiates aucun des inconvénients théoriques qu'on pouvait redouter, et même à longue échéance on ne peut lui imputer aucun trouble.

I. AUCUN INCONVENIENT THEORIQUE.

ni sur l'appareil génital (aucune modification de la fonction génésique) ;

ni sur l'appareil urinaire (nos opérés, s'observant mal, n'ont pas noté si les mictions étaient plus faciles et plus fréquentes) ;

ni sur la tension artérielle.

Dans l'observation V, la crainte de l'hypotension pré-opératoire avait fait différer l'intervention. On

s'est assuré du superflu de cette précaution, puisque, le lendemain, le chiffre noté était l'équivalent de celui de la veille.

De même, dans l'observation I, cette intervention sur une hypertendue n'a amené de chute tensionnelle définitive que trois mois après. Elle était, en effet, presque la même un mois après.

Dans l'observation VII, le résultat semblerait paradoxal, mais cette augmentation du chiffre de la tension ne peut être attribuée qu'à l'amélioration de l'état général.

II. LES AVANTAGES

DE LA SPLANCHNICOTOMIE.

1° Elle entraîne la guérison de troubles fonctionnels importants :

a) *La constipation*, de l'ordre de 12 jours, (Obs. V et VII) est définitivement enrayée.

Il faut remarquer que ce résultat ne devient définitif qu'après une période d'hésitation post-opératoire variant de 15 jours à 1 mois, pendant laquelle les soins médicaux gardent leurs entières indications. Dès que ce résultat se consolide, il reste définitivement acquis.

b) *Le ballonnement.* — Chez tous nos opérés, nous avons pu constater la disparition de tout météorisme.

c) *Des douleurs.* — Des douleurs particulièrement intenses, cause d'insomnie véritable (observ. VI), ont complètement disparu. Par contre, dans l'observation VII une sensation obtuse persiste.

En règle générale, la guérison des douleurs est le premier phénomène relevé, et même dans les cas où les résultats n'ont pas été particulièrement heureux, la diminution des douleurs reste un appréciable avantage. Si, dans l'observation I, il n'en est pas de même, c'est qu'elles reconnaissent une autre origine.

2° Elle procure des résultats incontestables sur l'état général. Outre le gain de poids, la coloration du teint, la normalisation de la tension artérielle, il existe un critérium indiscutable de cette amélioration : c'est que, dans la plupart des cas, les opérés ont repris leurs occupations antérieures (obs. III, IV, V, VI et VII).

Il est bien certain que cette transformation de l'état général n'est que le corollaire de la guérison fonctionnelle. C'est un résultat indirect.

3° Elle ne semble pas apporter de modification dans la longueur des images radiologiques.

Mais l'élargissement paraît toujours moindre. Il

y a des réserves à faire sur la valeur des renseignements fournis par cet examen. Les résultats sont parfois contradictoires. Ainsi, dans l'observation III, il y a une incontestable guérison anatomique : la longueur du côlon diminue progressivement sur des clichés successifs. Dans les autres cas, la longueur paraît rester toujours la même. Cependant, dans l'observation V, une laparotomie pour résection fut décidée d'après des renseignements radiologiques qui dénonçaient nettement l'existence d'un dolichosigmoïde. L'intervention montra qu'il n'en était rien, le sigmoïde était tout à fait normal.

Sans doute, toutes les précautions sont observées au cours de la pratique de ces lavements barytés ; le lavement n'est jamais poussé qu'à une faible pression, mais toutes ces contradictions forcent à penser que le lavement baryté constitue un moyen artificiel qui ne peut renseigner fidèlement sur l'état anatomique.

Peut-être qu'en le pratiquant on impose au côlon une physiologie anormale, qui ne peut qu'égarer, ainsi, nos appréciations dans les images qu'il nous livre de ces moments.

III. LA LEÇON DES DEMI-ECHECS.

a) Une première constatation s'impose : celle de l'âge. Il est en effet singulier de constater que, dans

les premiers cas que nous rapportons où les résultats ont été incomplets, il s'agit de malades âgés de 52 à 70 ans. Est-ce à dire que l'âge constitue la raison d'un échec? C'est possible. Fort probablement, le muscle côlique à ce stade de la vie n'est-il plus susceptible d'une récupération fonctionnelle, d'une réadaptation. Car, s'il est bien de corriger un désordre dans les organes de direction, cela ne suffit point si les organes d'exécution n'ont plus de potentiel. L'affaiblissement trophique de ce muscle ne peut être surmonté, exemple entre tous de la diminution du métabolisme en fonction de l'âge.

b) Un autre élément nous est fourni par les lésions associées. Dans les deux cas, il existe des lésions hépato-vésiculaires avec, probablement, de la périduodénite. Dans l'observation II il existe surtout de la côlite et, peut-être aussi, de la péricôlite.

Or, on n'ignore pas la solidarité fonctionnelle qui existe entre les différents organes de l'appareil digestif. On connaît les interactions des fonctions motrice et sécrétoire. On sait que le *primum movens* des contractions péristaltiques est le pylore.

Autant de considérations, pour trouver aux différents étages du tube digestif le point de départ de désordres réflexes capables de retentissement sur le côlon.

Chiray insiste sur ces faits, et il ne craint pas d'af-

firmer que nombre de lésions, même discrètes, de la zone iléo-cœco-ascendante peuvent être rendues responsables des « troubles des fonctions motrices » faisant la base du dolichocôlon.

Ainsi, dans les cas où une cause patente de déséquilibre neuro-musculaire existe, il est vain, si l'on ne s'attaque pas à elle, de faire la section du splanchnique. Car, si même à la faveur d'un déséquilibre passager provoqué par une section nerveuse, des améliorations se manifestent, on doit s'attendre à les voir disparaître, puisqu'on laisse subsister intacte la cause du désordre.

Et, dans tous les cas où ce déséquilibre peut être expliqué en explorant le système endocrinien, en recherchant l'avitaminose B, en dépistant la spécificité, et en recherchant soigneusement toute lésion abdominale, il faut s'adresser à cette cause foncière si l'on ne veut pas voir devenir inopérante une intervention néanmoins remarquable. La splanchnicotomie ne peut être efficace qu'à condition que le trouble neuro-moteur soit essentiel, idiopathique. Le meilleur exemple de cette thèse nous est fourni par l'observation V, où la splanchnicotomie n'a pu produire ses effets qu'après la levée de deux plaques de mésosigmoïdite. De même, dans l'observation IV, les résultats ne semblent acquis qu'après le traitement de l'ulcus, que les radios antérieures n'avaient pas permis de prévoir. C'est assez dire l'importance

qu'il faut accorder au dépistage des lésions de péritonite chronique plastique, et des lésions associées des autres organes abdominaux.

c) Il est moins nécessaire d'insister sur le rôle de la péricôlite, tant il apparaît évident qu'un organe prisonnier d'une gangue ne peut effectuer un retour à la normale le jour où l'on suscite cet effet.

On sait l'énorme difficulté diagnostique de la péricôlite à l'état larvé ; autant dire qu'elle n'est jamais que soupçonnée, mais non reconnue. Mais l'infiltration des splanchniques et la rachianesthésie partielle de Kirchner-Passler permettent de trancher la question.

Les Indications de la Splanchnicotomie

Ainsi s'établissent d'elles-mêmes, à la lueur de ces constatations, les indications de la splanchnicotomie.

1. C'est une opération qui ne s'adresse qu'à un déséquilibre fonctionnel, idiopathique, essentiel.

2. Les résultats obtenus jusqu'à présent ne semblent pas permettre son application chez les gens âgés.

3. Enfin, elle ne peut s'adresser qu'au dolichocôlon non compliqué de péricôlite (il est évident que cette opération n'a rien à voir avec les complications aiguës); du reste, LERICHE, en préconisant sa méthode, a fort bien insisté sur ce point.

De plus, la splanchnicotomie ne peut prétendre traiter les dolichocôlons localisés, à anse extrêmement longue. L'absence de raccourcissement révélé

par les radiographies, nous oblige à réserver une place à la côlectomie, surtout dans les cas où les crises fréquentes de subocclusion feront redouter les volvulus. Peut-être pourrait-on, dans les cas qui laissent quelque alternative, tenter en premier lieu la splanchnicotomie, quitte à recourir secondairement à la côlectomie. Cette côlectomie s'est montrée aussi efficace à longue échéance (publications antérieures du Docteur GOINARD), compatible avec un bon fonctionnement intestinal en dépit d'une sténose radiologique.

Nous nous plaisons à redire que, malgré la bénignité de la splanchnicotomie, le traitement médical garde exclusivement tous ses droits au début; mais la leçon de cette expérience est qu'il devient peut-être téméraire d'insister, si l'amélioration ne se produit pas rapidement. Si l'importance de la côlectomie permettait une temporisation plus longue, évidemment légitime, nous devons nous persuader, devant la bénignité de la splanchnicotomie, que, pour guérir ces malades au prix d'une petite intervention, il faut devancer l'établissement de la péricôlite. Intervenir avant qu'il y ait en quelque sorte organisation de la maladie.

INFILTRATION NOVOCAINIQUE DES SPLANCHNIQUES

RACHI-ANESTHESIE PARTIELLE DE KIRCHNER-PASSLER

L'infiltration des splanchniques devient d'un usage courant, sa technique est simple, analogue à l'infiltration du sympathique lombaire : il suffit de la pratiquer sous la 12e côte.

Il est permis de supposer qu'en la répétant, on pourrait même éviter l'intervention. Cette question est encore pendante.

Cette épreuve est certainement préférable à la rachi-anesthésie partielle de Kirchner, et elle est d'une réalisation plus simple. On sait comment KIRCHNER, PASSLER, MORTON, et SCOTT, pratiquent cette dernière. Le malade est mis en position de Trendelenbourg. On fait une ponction lombaire, on laisse s'écouler du liquide. On injecte de l'air : celui-ci gagne la région sacrée. Puis on injecte une solution anesthésique de densité intermédiaire à celle de l'air et du liquide céphalo-rachidien. On anesthésie ainsi le segment lombaire en épargnant les noyaux moteurs, parasympathiques sacrés,

Ces épreuves, combinées à l'examen radiographique, doivent être pratiquées pour préjuger des résultats de l'opération. On peut les faire en deux temps, comme le propose Boppe (X^e Congrès de Pédiâtrie) :

— d'abord, sur le sujet non anesthésié, on pratique un examen radiographique ;

— puis on fait un nouvel examen radiographique sur le sujet anesthésié.

Si le résultat est favorable, l'expulsion de la baryte s'effectue avec force, « en fusée », après introduction de 1 litre ou moins. Puis, à l'examen à l'écran, on note les modifications du péristaltisme (aspect spasmé, contractions extrêmement vigoureuses) et la réduction du calibre du côlon (Passler).

SIMPLIFICATIONS TECHNIQUES DE LA SPLANCHNICOTOMIE

Ces perfectionnements sont dus au Dr Goinard :

« A l'anesthésie locale, incision parallèle sous la 12e côte. Pas de résection costale. La rugination et la libération de cette côte à son extrémité antérieure sont suffisantes pour permettre de la récliner très fortement vers le haut. Le carré des lombes n'est pas sectionné, il est simplement écarté. Il suffit de sectionner le grand dorsal et le petit dentelé postérieur et inférieur, de désinsérer les muscles des gouttières de la 12e côte et de l'apophyse transverse, puis d'ouvrir l'aponévrose postérieure du transverse. La section nerveuse est précédée d'une infiltration novocaïnique soigneuse ; elle nécessite, pour être faite aisément, de très longs ciseaux. En général, aucun drainage; un petit drain seulement, dans les cas où la dissection du splanchnique a entraîné quelque suintement veineux. Suture des muscles grand dorsal et petit dentelé.

« Ainsi conduite, la splanchnicotomie est une intervention d'une extrême simplicité, qui se fait en quelques minutes, presque une opération de petite chirurgie, mais à condition qu'on utilise une instrumentation particulière, car elle se déroule à une grande profondeur. »

Conclusions

Le dolichocôlon de l'adulte, particulièrement fréquent chez nos indigènes, entraîne parfois des troubles fonctionnels et généraux très sérieux, rebelles à tout traitement médical.

Dans de tels cas, le recours à la chirurgie devient indispensable.

La côlectomie segmentaire de Delore, intervention bénigne dont les résultats se maintiennent à longue échéance, a l'inconvénient de nécessiter un anus artificiel pendant plusieurs semaines. Elle n'est pas applicable aux dolichocôlons étendus.

Le Professeur Leriche a préconisé, il y a quelques années, dans ces cas, la splanchnicotomie associée à d'autres sympathicotomies, ou même isolée. Il a bien voulu nous confirmer que ses opérés, revus récemment, restent tous très améliorés.

Nous avons retrouvé sept malades traités par simple splanchnicotomie; nos opérés sont indemnes de tous les inconvénients qu'on aurait pu redouter à priori.

Pour cinq d'entre eux, on peut parler de guérison complète, après un délai d'observation allant de 15 mois à 2 ans 1/2. Plus de douleurs, plus de constipation. Tous accomplissent le travail souvent pénible qu'ils avaient dû cesser. — Chez un seul, l'épreuve du lavement baryté a montré, après quelques mois, une régression incontestable de l'allongement côlique. Chez les autres, cet allongement et la dilatation radiologique persistent.

Chez les deux autres malades (obs. I et II), plus âgés, atteints de troubles associés, l'amélioration n'a pas été définitive. — Chez l'une, qui souffrait tous les mois de crises violentes, il y a eu néanmoins une appréciable rémission de seize mois avant la réapparition de nouveaux troubles.

— Il paraît prudent de ne pas fonder trop d'espoir en la splanchnicotomie, chez les gens âgés :

— pour les dolichocôlons associés à d'autres lésions abdominales ;

— ou compliqués de péricôlite.

La côlectomie de Delore garde sa place dans le traitement du dolichocôlon localisé, à fortiori quand la menace de volvulus est imminente.

Ces réserves faites, nos résultats éloignés nous permettent d'affirmer que la splanchnicotomie mé-

rite d'être appliquée aux dolichocôlons graves de l'adulte.

L'épreuve préliminaire de novocaïnisation associée à la radiographie, est indispensable.

Les résultats de cette opération facile, de pronostic bénin, pratiquée à l'anesthésie locale, peuvent soutenir la comparaison avec ceux des interventions sympathiques considérables adoptées à l'étranger.

On ne peut s'empêcher de déplorer qu'une intervention aussi simple, aussi peu délabrante, de chirurgie d'inspiration physiologique, ne puisse, dès maintenant, dans les domaines où elle peut s'exercer, totalement supplanter la chirurgie mutilante.

Bibliographie

I

Dolichocôlon en général.

BENSAUDE, & MONOD (O.). — Le dolichosigmoïde. (*Annales de Médecine*, 1930, t. XXVII, p. 364. - Bibliographie importante.)

CHIRAY, LOMON, & WAHL. — Le dolichocôlon. (Masson, 1931. - Bibliographie complète.)

GEYRARD. — Contribution à l'étude du dolichocôlon. (*Thèse*, Marseille, janvier 1933.)

ROHMER, & VALLETTE. — X^e^ *Congrès Français de Pédiâtrie*, octobre 1938, p. 252. - *Presse Médicale*, 1938, p. 1.803.)

II

Dolichocôlon des indigènes algériens.

BIANCARDINI. — *Thèse*, Alger, 1936.

FARNY. — *Thèse*, Alger, 1937.

LANNAUX. — *Thèse*, Lyon, 1939.

III

Colectomie segmentaire.

BOURDE. — Côlectomie segmentaire avec suture incomplète des deux bouts. (*Mém. Acad. Chirurgie*, 18 mars 1936).

CHATON. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, février 1931, p. 178.)

DELORE. — Traitement du volvulus, du côlon sigmoïde. (*Revue de Médecine*, octobre 1911.)

— Volvulus du côlon pelvien. (*Lyon Chirurgical*, janvier-février 1933.)

FEVRE, & FOLLIASSON. — *Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie*, 1932, t. LVIII, p. 855.

FERRARI. — *Bull. et Mém. Acad. Chir.*, 1925, p. 1060.

GOINARD. — Traitement du dolichosigmoïde volvulé ou non, par résection suivie d'anastomose immédiate subtotale avec dérivation temporaire *in situ*. (*Soc. Chir.*, juillet 1935.)

GOINARD, & MERZ. — *Journal de Chirurgie*, février 1936, t. XXXXVII.

LIMASSET. — Résection côlique segmentaire. (*Thèse*, Paris, 1935.)

MILHIET. — *Thèse*, Paris, 1936.

NARD. — L'hémicôlectomie splénique. (*Soc. Chir. Bordeaux*, janvier 1935. - *Presse Médicale*, 1935, page 533.)

OTTAVIANI. — Le dolichocôlon. (Maloine, Paris, 1937.)

ROCHER, LOUBAT, & POUYANNE. — Traitement chirurgical du dolichocôlon. (*Journal de Chirurgie*, 1935, t. IVL, p. 187.)

VEAU. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1925, t. XXXXI, page 187.

IV

Traitement neuro-chirurgical.

VASSILARÔS. — *Thèse*, Strasbourg, 1939, p. 60. — [Bibliographie importante, à laquelle il convient d'ajouter les auteurs dont les noms suivent.]

ADSON. — *Journal Chirurgie*, février 1938, p. 292.

BOPPE. — X^e *Congrès Français de Pédiâtrie*, octobre 1938, p. 279. - *Presse Médicale*, 1938, p. 1.803.

INTROZZI. — *Journal Chirurgie*, 1938, p. 400.

JUDD, & ADSON. — Lombosympathy and gangliectomies. (*Ann. of Surgery*, septembre 1928, t. LXXXVIII, n° 3, p. 479.)

LAUNAY, & MERLE D'AUBIGNÉ. — *Bull. et Mém. Soc. Pédiâtrie*, mars 1938.

MERCER, & WALTHER. — Gangliectomy and ramie section lombar. (*Edimbourg Med. Journal*, juin 1931, n° 7.)

MILETZKO. — Sympath. operation bei Hirsch-Krankheit. Zentblatt. (*Z. Chirurg.*, 1934, p. 1.127.)

SCHUMACKER. — *Journal Chirurgie*, avril 1938, page 607.

SUERMONDT. — Le traitement du mégacôlon congénital par sympathectomie. (*Journal belge de Gastro-Entérologie*, avril 1937, t. v, n° 4, p. 293. - *Journal de Chirurgie*, avril 1938, p. 604.)

WADE. — Left lumbar ramisection in Hirsch-diseases. (*The Lancet*, 18 juin 1930, p. 136.)

V

Splanchnicotomie.

FEVRE. — *Discussion Rapport Congrès de Pédiâtrie*, octobre 1938, p. 226.

GOINARD. — *Mémoires Académie de Chirurgie*, 1938. — *Algérie Médicale*, février 1939.

LERICHE. — Section des splanchniques dans le mégacôlon non compliqué, avec ou sans dolichocôlon. (*Presse Médicale*, 22 décembre 1937.)

— *In* Thèse de VASSILAROS, Strasbourg, 1940 (8 observations de splanchnicotomie, p. 43).

LERICHE, & FONTAINE. — *Société Internationale de Chirurgie*, X[e] Congrès, Le Caire, 1935. - *Bulletins et Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 1936, t. LXII, p. 877.

LERICHE, SOUSA-PEREIRA, & DE BAKEY. — Résection des nerfs splanchniques. Technique et résultats de quelques observations de méga et dolichocôlon. (*A. Med. Contemporaine, Lisbonne*, 27 juillet 1937.)

MEILLIERE, & BREHANT. — *Journal Chirurgie*, 1935, p. 727.

TAVERNIER. — *Lyon Chirurgical*, mai 1939, p. 337.

VI

Rachi-anesthésie partielle.

BOPPE. — *X^e Congrès Français de Pédiâtrie*, p. 315.

CASSIDI, & SALKIN. — Spinal anesth. useas preoperat. index. to gangliectomy in megacolon. (*Am. Journal of Surgery*, 1931, t. XII, p. 299.)

KIRCHNER. — L'anesthésie spinale en ceinture dorsale individuelle. (*Der. Chirurg.*, 3^e année, 15 juillet 1931, Heft 14, p. 633.)

MORTON, & SCOTT. — *Revue Française de Pédiâtrie*, 1932, t. VIII, n° 1, p. 103.)

STABINS, MORTON, & SCOTT. — Rachi-anesthésie dans le traitement du mégacôlon et de la constipation opiniâtre. (*Am. Journal of Surgery*, janvier 1935, p. 107.)

VII

Infiltration novocaïnique.

GOINARD. — Infiltration du sympathique lombaire pour dolichocôlon. (*Acad. de Chirurgie,* février 1936.)

TABLE DES MATIERES

Pages

Introduction 15

Historique des opérations sympathiques 23

Bases de la méthode 26

Rappel anatomique et déductions 31

Résultats éloignés des opérations sympathiques et des splanchnicotomies associées 35

Résultats éloignés de la simple Splanchnicotomie unilatérale 45

a) Résultats incomplets ou temporaires 45

b) Résultats définitifs 52

Interprétation des résultats 64

a) Aucun inconvénient théorique 64

b) Les avantages de la Splanchnicotomie . . . 65

c) La leçon des demi-échecs 67

Les indications de la Splanchnicotomie 71

Infiltration novocaïnique des Splanchniques 73

Simplifications techniques de la Splanchnicotomie . . 75

Conclusions 77

Bibliographie 81

VU :

Le Président de Thèse, — *Le Doyen,*

COSTANTINI. — GILLOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Alger, le 29 Octobre 1940.

Le Recteur,

MARTINO.

Imprimerie S. CRESCENZO 8, Rue Drouillet - ALGER Nord-Africaine